|  |
| --- |
| SCHEDA ISCRIZIONE ESTERNI |
|  |
| 1. Dati personali e indirizzo – SI RACCOMANDA DI SCRIVERE IN MODO LEGGIBILE! |
|  |
| Cognome |  |  Nome |  |
|  |  |  |  |
| Genere | M | F |  Codice Fiscale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Professione |  |  Disciplina\* |  |
| \* la disciplina va indicata solo nel caso di medici, veterinari, farmacisti, chimici e psicologi. |
| Solo per le professioni ordinate: Iscritto all’Ordine/ Collegio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della Provincia di (sigla): |  |
| Solo per la professione medica: specificare SE SPECIALIZZANDO (barrare con una X) |  |  |
| *Barrare con X*:  |  |  Dipendente |  |  Convenzionato |  |  Libero professionista |  |  Privo di occupazione |
|  |
| Luogo di nascita |  | Prov. |  | Data di nascita |  |
|  |
| Indirizzo: Via |  | N° |  | Comune |  | CAP |  | Prov. |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Telefono casa |  | Cell. |  | E-mail |  |
|  |
| **2. Sede di attività:** Azienda |  |
|  |
| Dipartimento |  | Struttura |  | Tel. |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **3. Corso prescelto:**  |  2019-nCoV: stato dell'arte sulla nuova epidemia da coronavirus |
|  |  |  |  |  |  |
| Codice corso | Asufc\_20241 | Data di inizio |   |  Se **F**ormazione **S**ul **C**ampo, barrare con X |  |
|  |
| **4. Sponsorizzazione** (barrare): **NO** |  |  **SÌ** |  |  **Se sì, indicare l’importo** |  |
|  |
| **Nome sponsor** |  | ***Allegare******documentazione (invito sponsor)*** |
| **5. Dati obbligatori per l’emissione della fattura:** |
| Ragione sociale o Cognome e Nome |  |
|  |
| Indirizzo: Via |  | N° |  | Comune |  |
|  |
| CAP |  | Prov. |  | telefono |  |
|  |
| Partita IVA e Codice Fiscale  |  |
|  |
| Successivamente alla sua emissione non verranno prese in considerazione richieste di modifica dei dati relativi all’intestazione della fattura. La fattura relativa alla quota d’iscrizione è esente da IVA, ai sensi dell’art.10, punto 20 del DPR 26/11/1972 n.633 e succ. modificazioni. |
| In caso di iscrizione a titolo personale, la quota di iscrizione è comunque esente IVA, in ragione del comma 10, art. 14 Legge 537 del 24/12/1993 e s.m.i. |
| **6. Modalità di pagamento:** La quota di partecipazione, pari a €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*\* |
| verrà versata alla Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale con indicazione nella causale\*\* del codice del corso e della data di svolgimento, con bonifico a: |
|  IBAN IT 70 J 02008 12310 000105831374 (Utilizzabile solo da privati) |
| **\*\*\*** Se l’importo è **superiore a € 77,47** è d’obbligo il versamento di **ulteriori 2 euro**, per l’apposizionedella **marca** **da bollo** virtuale prevista dall’agenzia delle entrate. In questo caso, nella **causale**\*\* di pagamento **specificare:**  **“quota iscrizione € ………….. e marca da bollo € 2,00”.**  Far pervenire la ricevuta del pagamento e la scheda di iscrizione alla Formazione (VEDI RETRO). |
| **Barrare se il caso**: |
|  | **Sono presenti prescrizioni da tenere in considerazione durante l’effettuazione della parte pratica.** |
|  |
| Data |  |  Firma dell’interessato |  |
| Se l’intestatario della fattura è una pubblica amministrazione, si richiede timbro e firma dell’amministrazione inviante.**In caso di mancata compilazione del punto 5, si considera intestatario il nominativo indicato al punto 1.** |
| **Timbro** |  | **Firma dell’Amministrazione inviante** |  |

# INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018, le forniamo le informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali per finalità formative.

Il Titolare del trattamento è l’Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale in persona del proprio Direttore Generale quale legale rappresentante, con sede in 33100 Udine, via Pozzuolo n.330, tel 04325521, e-mail: privacy@asufc.sanita.fvg.it, PEC asufc@certsanita.it

**Responsabile della protezione dei dati**

Il Responsabile della protezione dei dati ai sensi dell’art. 37 del Regolamento UE è l’Avv. Fabio Balducci Romano e-mail: rpd@asufc.sanita.fvg.it, PEC: asufc@certsanita.it

**Finalità e base giuridica del trattamento**

I Suoi dati personali sono trattati per lo svolgimento delle attività formative promosse dal Titolare, ai sensi dell’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento “La formazione continua nel settore salute” del 2 febbraio 2017.

I Suoi dati personali sono trattati per la soddisfazione della richiesta di partecipazione alle attività formative promosse dal Titolare, nonché per la gestione di detto rapporto

**Modalità del trattamento**

Le operazioni di trattamento sono svolte con o senza l’ausilio di strumenti elettronici o comunque automatizzati.

Il Titolare dispone l’utilizzo di adeguate misure di sicurezza al fine di preservare la riservatezza, l’integrità e la disponibilità dei suoi dati personali, nel rispetto di quanto previsto dall’articolo 32 del Regolamento UE, in materia di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dall’articolo 29 del Regolamento UE.

I Suoi dati personali sono conservati in archivi cartacei, informatici e telematici.

**Destinatari dei dati personali, comunicazione e diffusione**

Il conferimento dei dati personali è necessario per l’espletamento dell’attività formativa prevista.

I Suoi dati personali sono trattati dal personale delle funzioni aziendali deputate delle finalità sopra indicate, che sono espressamente autorizzati e formati.

Sono destinatari dei Suoi dati i seguenti soggetti, designati dal Titolare ai sensi dell'articolo 28 del Regolamento UE, quali responsabili del trattamento ad Insiel S.p.A.

I Suoi dati personali saranno comunicati, ai sensi dell’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento “La formazione continua nel settore salute” del 2 febbraio 2017:

* al Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie («Co.Ge.A.P.S.»);
* alla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia – Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

**Periodo di conservazione**

I suoi dati personali saranno conservati secondo le normative vigenti.

**Diritti dell’interessato**

In ogni momento potrà esercitare, ai sensi degli articoli da 15 a 22 del regolamento UE 679/2016, il diritto di:

1. chiedere la conferma dell’esistenza o meno dei Suoi dati personali;
2. ottenere le indicazioni circa la finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie dei destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
3. chiedere al titolare del trattamento l’accesso ai dati personali, la rettifica, la cancellazione degli stessi o la limitazione o l’opposizione al trattamento che la riguarda;
4. proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

# CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

**ai sensi dell’articolo 7 del Regolamento UE 2016/679**

Io sottoscritto

nato a il

codice fiscale

residente a (Comune, Prov.)

via/piazza

*Ricevute le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi dell’articolo 13 del Regolamento UE e consapevole che il consenso, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento, in tutto o in parte,*

Data ……………………………………………….. *(firma estesa e leggibile)*

La scheda, compilata in ogni sua parte e sottoscritta, consente di svolgere tutti gli adempimenti pre­visti dal Ministero e dalla Regione Friuli Venezia Giulia per l’accreditamento ECM. Va inviata a mezzo posta o fax a:

tel. 0432-554388 fax 0432-554381 e-mail: laura.agosti@asufc.sanita.fvg.it